

Estimado Doctor:

Con el objetivo de analizar adecuadamente la cobertura que solicita nuestro beneficiario, en relación a atenciones de salud, le rogamos completar, en lo posible con letra claramente legible, la información que a continuación se solicita.

Agradeciendo desde ya su colaboración, lo saluda atentamente

CONTRALORIA MEDICA ISAPRE CRUZ BLANCA S.A.

Declaración del médico tratante:

Nombre del paciente: _____

Diagnóstico actual: _____

Fecha

Diagnóstico actual: ____ / ____ / ____

Inicio de síntomas: ____ / ____ / ____

1° formulación diagnósticada relatada o conocida por Ud: ____ / ____ / ____

¿Cuál? _____

Breve anamnesis respecto patología actual y métodos de apoyo diagnóstico utilizados:

En casos accidentales o lesiones del aparato locomotor indicar causal:

Accidente del trabajo / trayecto: _____

Enfermedad Profesional: _____

Accidente del tránsito : _____

Lesión autoinferidas: _____

Accidente común _____

En caso de embarazo, parto o aborto indicar:

FUR: _____

FPG: _____

FPP: _____

Tratamiento realizado o proyectado: _____

Hospitalizado: _____ (N° de días) Ambulatorio _____ Médico _____ Quirúrgico: _____

Hospitalización transitoria: _____ (N° de horas) Indicación precisa de hospitalización:

Exámenes complementarios solicitados: Lab. _____ Rx. _____ Proc. _____

Especificar: _____

Datos del profesional

Nombre: _____

Especialidad: _____ Rut: _____ Fono: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

FIRMA